

LA GROSSESSE ABDOMINALE : À PROPOS D'UN CAS OBSERVÉ À MADAGASCAR

F. RANDRIANANTOANINA, D. RAKOTOSALAMA, L. RAINIBARIJAONA, J.P. RAKOTOMALALA,
E. RAVELOSOA, H. ANDRIANAMPANALARIVO, A. RASOLOFONDRAIBE

Med Trop 2006; **66** : 485-487

RÉSUMÉ • Les auteurs rapportent un cas de grossesse abdominale primitive observé à la maternité de Befelatanana (Madagascar) chez une femme de 36 ans, 2^e geste, 2^e pare, sans antécédents particuliers. La patiente, dont le suivi médical de la grossesse était irrégulier, avait consulté pour la disparition de la perception des mouvements fœtaux. La mort fœtale, confirmée par échographie, a conduit à réaliser une radiographie de l'abdomen qui était en faveur d'une grossesse abdominale. Les suites post opératoire seront simples. Ce cas clinique rare permet de faire la revue de la littérature et de rappeler qu'un suivi clinique et échographique est une condition essentielle au dépistage et à la prise en charge de celui-ci.

MOTS-CLÉS • Grossesse abdominale - échographie - ASP - chirurgie.

ABDOMINAL PREGNANCY: DESCRIPTION OF A CASE OBSERVED IN MADAGASCAR

ABSTRACT • We report a case of primary abdominal pregnancy observed at the maternity clinic in Befelatanana, Madagascar. A 36-year-old woman, gravida 2, para 2, with no medical history presented at 40 weeks and 2 days of amenorrhea for sudden disappearance of fetal movements. Prenatal visits had been performed on an irregular basis by a private-practice midwife. Fetal death was confirmed by ultrasonographic examination and subsequent plain abdominal radiographic imaging suggested abdominal pregnancy. Laparotomy confirmed diagnosis of primitive abdominal pregnancy. Postoperative recovery was uneventful. Based on this rare case, the literature is reviewed and the importance of clinical follow-up and ultrasonography in detection and management is stressed.

KEY WORDS • Abdominal pregnancy - Ultrasonography - Plain abdominal radiography - Surgery.

Éventualité rare et apanage de pays à niveau socio-économique bas et peu médicalisé (2), la grossesse abdominale se définit comme étant le développement de l'œuf au-delà du cinquième mois dans la cavité péritonéale (1).

Notre objectif est de rapporter un cas de grossesse abdominale primitive et de rappeler la démarche diagnostique et de prise en charge de cette affection.

OBSERVATION

Une femme de 36 ans, 2^e geste, 2^e pare, sans antécédent particulier, ayant un enfant vivant, entre dans le service

pour une disparition brutale des mouvements fœtaux à 40 semaines et 2 jours d'aménorrhée.

À l'examen clinique, l'état général est conservé (tension artérielle : 110/60 mm Hg, température : 37°C). La hauteur utérine est de 22 cm et latéralisée à gauche, les bruits du cœur fœtal sont inaudibles et au toucher vaginal, le col est court, postérieur et fermé. L'échographie montre un fœtus en présentation céphalique, mort *in utero*, avec un amnios et un placenta le moulant. Les examens biologiques révèlent une anémie ferriprive avec un hémocrite de 32%.

Un déclenchement de l'accouchement par MISO-PROST en intra vaginal est mis en route mais on n'observe aucune modification du col, ni contraction utérine, mais il apparaît une douleur du flanc gauche avec survenue d'un arrêt des matières et des gaz.

Une radiographie sans préparation de l'abdomen (ASP) montre un fœtus en position transversale avec la tête au niveau de la région sous splénique qui permet de suspecter une grossesse abdominale.

Une laparotomie médiane est pratiquée et montre (Fig. 1) :

- un sac fœtal ovalaire (26 x 20 cm) implanté directement dans la cavité abdominale avec un utérus de volume

• Travail de la Maternité de Befelatanana (F.R., L.R., internes le gynécologie obstétrique ; J.P.R., Gynécologue obstétricien à la Maternité de Befelatanana ; D.R., E.R., Chefs de clinique en gynécologie obstétrique - Maternité de Befelatanana ; A.R., Professeur émérite agrégé en Urologie), Antananarivo, Madagascar.

• Correspondance : Y. BREDA, Conseiller du Doyen pour le 3^e cycle long, Chef du projet ASPIC, Université d'Antananarivo, Ambassade de France BP 834, Antananarivo, Madagascar.

• Courriel : yves.breda@wanadoo.mg

• Article reçu le 3/05/2006, définitivement accepté le 22/06/2006.

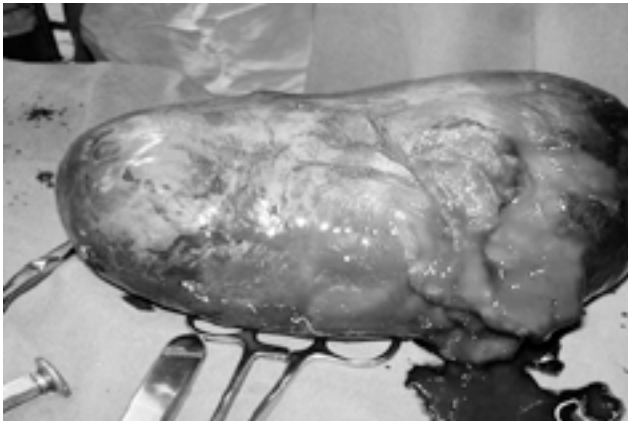


Figure 1 - Sac ovulaire.

apparemment normal, latéralisé à droite, et deux annexes bien individualisées et macroscopiquement normales.

- Le sac foetal est relié à l'utérus au niveau de la corne gauche, en arrière de la trompe, par une formation ligamentaire de 2 cm de long et 3 cm de diamètre. Le reste du sac adhère lâchement par des voiles à la paroi abdominale et à l'épiploon.

Ces adhérences sont facilement clivables à la main et permettent d'accoucher le sac à travers la paroi abdominale. On effectue une excision incomplète de la corne utérine suivie d'une ablation du sac et une suture de la corne restante. A l'ouverture, le sac contient le fœtus (poids : 1 900 g), ses annexes, sans liquide amniotique mais avec du vieux vernix disséminé sur le corps du fœtus. On note une polymalformation avec un sexe non identifiable, une omphalocèle, une imperforation anale et un pied bot.

Les suites opératoires sont simples et la sortie s'effectue à J 7.

DISCUSSION

La fréquence des grossesses abdominales varie selon les pays et semble favorisée par 2 facteurs, l'infection génitale et l'insuffisance de suivi de la grossesse (2).

De ce fait, elle demeure exceptionnelle dans les pays riches (de 1/7 000 à 1/15 000 accouchements) mais plus fréquente dans les pays du Tiers Monde : 1/1 134 en Afrique du Sud, 1/2 583 à Dakar (3). A Madagascar, aucune étude n'a permis d'en évaluer la fréquence.

On distingue 2 types de grossesses abdominales liés aux mécanismes physiopathologiques (4-7) :

* Les grossesses abdominales secondaires, les plus fréquentes, sont dues à un avortement tubo-abdominal, à une rupture de grossesse tubaire, ou à la migration d'une grossesse intra-utérine au travers d'une brèche d'hystérectomie, de perforation utérine ou d'une corne rudimentaire.

Les grossesses primitives sont dues à l'implantation de l'œuf dans la cavité péritonéale par retard de captation ovulaire.

Notre cas peut être classé parmi les grossesses abdominales primitives car elle a évolué normalement jusqu'à terme avec un corps utérin et des trompes intactes.

Sur le plan diagnostique, plusieurs symptômes permettent d'orienter le diagnostic (8) :

- les troubles digestifs : nausées, vomissements, subocclusion ;
- les douleurs abdominales et pelviennes concomitantes aux mouvements fœtaux avec ou sans métrorragies ;
- l'anémie avec altération de l'état général ;
- un fœtus très superficiel souvent en position atypique transversale haute ;
- parfois, une complication évolutive à type d'hémorragie interne ou extériorisée, ou un syndrome toxico-infectieux.

La biologie peut montrer une anémie et une augmentation du taux de l'alpha-foeto-protéine (8).

L'échographie tient une place importante pour la confirmation diagnostique en montrant un fœtus dans un geste stationnel en dehors de l'utérus. Elle précise également la vitalité fœtale et le siège d'insertion du placenta.

L'ASP est indiqué en cas de syndrome occlusif ou d'une position atypique du fœtus, mais l'examen clé demeure la coelioscopie (9).

Dans notre observation, l'échographie n'a pas confirmé la grossesse abdominale, mais pratiquée à 12 SA, elle aurait orienté vers un diagnostic de GEU. Le diagnostic de grossesse abdominale a été suspecté devant l'échec de déclenchement, la survenue d'une subocclusion, une douleur du flanc gauche, une hauteur utérine non proportionnelle à l'âge de la grossesse et une présentation anormalement haute. La laparotomie a permis de confirmer le diagnostic et de réaliser le traitement.

L'attitude thérapeutique est toujours chirurgicale (2)

Devant un fœtus mort, comme dans notre cas, une intervention réglée est indiquée. Quelques auteurs (5, 10) proposent une attente de quelques semaines afin de permettre l'involution placentaire qui diminue le risque hémorragique et péroopératoire.

Le dilemme réside dans l'attitude à avoir vis-à-vis du placenta, laquelle dépend de la localisation de son insertion.

Le risque hémorragique est important, s'il concerne un organe noble (7, 8), car alors toute tentative d'extirpation est prohibée (7, 8) et il est licite de le laisser en place en coupant le cordon le plus court possible. Par contre, chez notre patiente, l'ablation incomplète de la corne utérine a permis d'enlever sans danger le sac et la totalité du placenta.

Le pronostic fœtal est sombre avec une mortalité de l'ordre de 75-95 % (5) liée à la vascularisation déficiente du placenta, à l'hypotrophie et aux malformations fœtales.

Le pronostic maternel dépend du retard du diagnostic et de l'attitude prise vis-à-vis du placenta, la mortalité maternelle étant estimée de 0 à 18 %.

CONCLUSION

La grossesse abdominale primitive est une pathologie exceptionnelle à laquelle tout obstétricien doit penser devant une symptomatologie clinique et échographique. Un suivi efficace des femmes enceintes dès le début de la grossesse jusqu'à la naissance est une condition essentielle à leur prise en charge.

RÉFÉRENCES

- 1 - POIZAT R, LEWIN F - Grossesse extra-utérine après le 5^e mois. *Encycl Méd Chir Obstétrique*, D 10 ; 5- 1982 : 50-69.
- 2 - RABARIJAONA HZ, RAKOTOVAO JP, M RAKOTORAHALAHY MJ, RANDRIAMIARANA JM - La grossesse abdominale. *Med Afr Noire* 2000; **47** : 460-1.
- 3 - CORREA P, DIADHIOU F, LAUROY J *et Coll* - Quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale. *Bull Soc Med Afr Noire* 1978; **23** : 61-9.
- 4 - BOUZID F, MOUNAL G, ABOUDAGHER F, RACINET C - Diagnostic précoce d'une grossesse dans une corne rudimentaire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992; **4** : 263-4.
- 5 - SFAR E, KAABAR H, MARRAKECHI O, ZOUARI F *et Coll* - La grossesse abdominale ; entité anatomoclinique rare : à propos de 4 cas entre 1981 et 1990. *Rev Fr Gynecol Obstetr* 1993 ; **88** : 261-5.
- 6 - CETIN MT, ARIDOGAN N, COSKUN A - La grossesse abdominale ; à propos de six cas personnels. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1991; **87** : 76-8.
- 7 - AKPADZA K, BAETA S, OUREYA H, WOZUFIA F - Grossesse abdominale et grossesse intra-utérine simultanées à terme avec enfants vivants : un cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1996; **91** : 322-4.
- 8 - BOUZID F, CELLAMI D, BAATI S, CHAABOUNI M *et Coll* - La grossesse abdominale. *Rev Fr Gynecol Obstetr* 1996; **91** : 616-8.
- 9 - RAJAONARISON TJ - Grossesse abdominale sur rupture progressive d'un utérus cicatriciel : à propos d'un cas : Thèse de doctorat en Médecine, 2004, n°25.
- 10 - HAINAUT F, MAYENGA JM, CRMAIL P - La grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas. *Rev Fr Gynecol Obstetr* 1991 ; **86** : 522-8.

Consultations de Prévention des Maladies du Voyageur Centres de Vaccination anti-amarile des Hôpitaux d'Instruction des Armées

Ville	Consultation pour le public	Renseignements téléphoniques (réservés aux médecins et pharmaciens)
BORDEAUX		
Hôpital Robert-Picqué Route de Toulouse	05 56 84 70 99 Du lundi au jeudi sur rendez-vous	05 56 84 70 38
BREST		
Hôpital Clermont-Tonnerre Rue du Colonel Fonferrier	02 98 43 76 16 Lundi et mercredi après-midi sur rendez-vous	02 98 43 76 16 02 98 43 73 24
LYON		
Hôpital Desgenettes 108 Boulevard Pinel	04 72 36 61 24 Du lundi au vendredi sur rendez-vous	04 72 36 61 24 Vendredi matin sans rendez-vous
MARSEILLE		
Hôpital Laveran Boulevard Laveran	04 91 61 73 54 ou 56 du lundi au vendredi sur rendez-vous	04 91 61 71 13 04 91 61 72 32
METZ		
Hôpital Legouest 27 avenue de Plantières	03 87 56 48 62 Lundi, mercredi et jeudi après-midi sur rendez-vous	03 87 56 48 62
SAINT-MANDE		
Hôpital Bégin 69 avenue de Paris	01 43 98 50 21 Lundi, mercredi et vendredi après-midi avec et sans rendez-vous	01 43 98 50 21
TOULON		
Hôpital Sainte-Anne Boulevard Sainte-Anne	04 94 09 93 60 Lundi, mercredi et vendredi après-midi avec et sans rendez-vous	04 94 09 93 60